

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 37

L'ÉVENTRATION

POST-OPÉRATOIRE

SES CAUSES. SA PROPHYLAXIE. SON TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 1^{er} Février 1921

PAR

ACQUAVIVA (Antoine-Dominique-Jules-François)

Né à Corte (Corse), le 7 décembre 1892

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{ FORGUE, professeur, *Président*.
ESTOR, professeur.
RICHE, agrégé.
LAPEYRE, agrégé.

} *Assesseurs*



MONTPELLIER

Imprimerie l'ABEILLE (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1921

L'ÉVENTRATION

POST-OPÉATOIRE

SES CAUSES. SA PROPHYLAXIE
SON TRAITEMENT

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 37

L'ÉVENTRATION

POST-OPÉRATOIRE

SES CAUSES. SA PROPHYLAXIE. SON TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 1^{er} Février 1921

PAR

ACQUAVIVA (Antoine-Dominique-Jules-François)

Né à Corte (Corse), le 7 décembre 1892

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{	FORGUE, professeur, <i>Président</i> .	}	<i>Assesseurs</i>
	ESTOR, professeur.		
	RICHE, agrégé.		
	LAPEYRE, agrégé.		

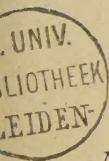


MONTPELLIER

Imprimerie l'ABEILLE (Coopérative Ouvrière)

14. Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1921



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	HEDON.
Physique médicale	IMBERT.
Chimie biologique et médicale	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie interne	N...
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (II.)
Médecine légale et toxicologie	N...
Clinique médicale	DUCAMP.
Clinique chirurgicale	VEDEL.
Clinique obstétricale	TEDENAT.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	FORGUE, <i>assesseur</i>
Clinique ophtalmologique	VALLOIS.
Clinique des maladies des enfants	MAIRET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	TRUC.
Clinique gynécologique	BAUMEL.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS.

Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique des maladies des voies urinaires	MM. JEANBRAU.
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	N...
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Accouchements	DELMAS (P.).
Anatomie	MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE.
Histologie	DELMAS (J.).	Chimie	CABANNES.
	GRYNFELTT.	Physique	MESTREZAT.
			PECH.

Examineurs de la thèse :

MM. FORGUE, *profesr, président*.
ESTOR, *professeur*.

MM. RICHE, *agrégé*.
LAPEYRE, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MON FRÈRE

*Ceux-là vivent encore qui ont
leur place marquée dans le sou-
venir pieux de ceux qui les
aiment.*

A MA MÈRE

*Je dédie cette thèse en lémoi-
gnage de ma profonde affection
filiale.*

A MON FRÈRE

*Qui a été et demeurera l'ami
fidèle de ma vie.*

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR ACQUAVIVA

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE MARSEILLE

*Sa sollicitude et son affec-
tueuse bonté ont éclairé et guidé
mes premiers pas dans la méde-
cine.*

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A. ACQUAVIVA.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE MARSEILLE

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

A. ACQUAVIVA.

AVANT-PROPOS

Voici venue l'heure où il nous faut clore le livre de notre vie d'étudiant pour ouvrir celui aux feuillets incertains dans les espoirs prometteurs qui sera celui de notre carrière médicale. Et tel le voyageur qui, avant de s'engager dans le chemin inconnu, se complait une dernière fois dans la vue de l'abri tranquille qu'il quitte et tourne vers lui la tête, ainsi nous nous retournons pour jeter sur l'Ecole de Marseille et la Faculté de Montpellier un ultime regard.

Des Maîtres éminents nous y ont avec une bonté soutenue, une science autorisée et une sollicitude de tous les instants enseigné l'art délicat et compliqué de guérir, et, là où notre inexpérience se fût perdue, nous prenant par la main, ils nous ont conduit à travers les dédales de la clinique qui leur étaient familiers. Qu'ils soient de cela remerciés et qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression de notre gratitude émue et de notre reconnaissance la plus marquée.

Que M. le professeur Forgue nous permette de lui dire tout le remerciement respectueux que nous lui avons

pour l'accueil bienveillant que nous avons trouvé auprès de lui et pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant d'être notre président de thèse.

Merci également au docteur Roux, interne des hôpitaux, qui nous a donné pour l'exécution de notre tâche de si précieux conseils.

L'ÉVENTRATION

POST-OPÉATOIRE

Ses Causes. Sa Prophylaxie. Son Traitement

INTRODUCTION

L'éventration post-opératoire est aujourd'hui une rare complication des laparotomies. Les incisions classiques, la perfection des procédés de suture, les anesthésies inoffensives permettant d'apporter à la réfection de la paroi autant de soin qu'aux autres temps opératoires, la connaissance des causes habituelles de ces éventrations permettant d'écarter tout ce qui peut compromettre une bonne cicatrisation, ont rendu exceptionnelle une affection qui autrefois survenait chez le tiers des opérés du ventre.

Cependant cette affection n'a pas encore complètement disparu et il semble que la guerre ait contribué à la faire apparaître à nouveau avec une plus grande fréquence. Cela tient aux conditions souvent défectueuses dans lesquelles ont été obligé d'opérer, aux évacuations forcément hâtives après l'intervention, aux fatigues imposées aux soldats récupérés. Mais une cause fréquente et primordiale réside certainement dans l'excision large

des tissus nécessitée par des plaies déchiquetées, les sections transversales des muscles, les incisions multiples, conditions qui caractérisent la chirurgie de guerre et qui devaient fatalement compromettre une bonne cicatrisation.

L'éventration peut survenir après toute incision de la paroi abdominale. Mais nous limiterons notre étude à l'éventration médiane, sus ou sous-ombilicale, compliquant une laparotomie le plus souvent chez la femme. C'est la forme la plus fréquemment observée et chez certaines malades elles représente une véritable infirmité. Dans ces larges éventrations, la difficulté est souvent grande pour le chirurgien qui intervient, mais avec les procédés actuels de restauration pariétale la cure de cette affection est une intervention aujourd'hui bien réglée.

Nous exposerons en détail la technique qui est adoptée par M. le professeur Forgue et qui lui a donné les meilleurs résultats. Mais il ne suffit pas de guérir, il faut dans la mesure du possible éviter cette complication. La connaissance de ses causes, la suture de la paroi par étages après laparotomie et les soins post-opératoires que nous étudions d'après les règles adoptées dans le service de notre maître constituent un traitement prophylactique efficace de cette complication désagréable pour le chirurgien, pénible et parfois dangereuse pour le malade.

LES CAUSES DE L'ÉVENTRATION POST-OPÉRATOIRE

multiples sont les causes de l'éventration post-opératoire, mais elles n'ont pas toutes la même valeur. L'effort sous toutes ses formes détermine cette complication, mais beaucoup de sutures supportent sans céder des pressions considérables chaque jour chez les opérés ; c'est que beaucoup de facteurs interviennent pour s'opposer à la cicatrisation de la ligne d'incision et prédisposer à l'éventration. Nous aurons donc à étudier des causes prédisposantes inhérentes au malade, des causes prédisposantes inhérentes à l'opération, une cause déterminante, l'effort, et à chacune d'elles nous donnerons la valeur qu'elle comporte en réalité.

I. Causes prédisposantes inhérentes au malade

En pratique courante on se méfie des parois trop grasses, trop maigres, trop distendues.

L'adipose.— Dans ces parois à pannicule adipeux très épais, où la graisse suinte au fond de la plaie, où les petits fragments détachés s'interposent entre les lèvres aponévrotiques et musculaires, il n'est pas rare d'observer l'éventration tardive. Ardle (de Dublin) invoque l'éclatement cellulaire par les nœuds de suture qui s'oppose à la réunion de la paroi. De plus, comme le fait justement remarquer Chenu, la graisse a envahi non seulement les plans sous-cutané et sous-péritonéal, mais elle s'attaque aussi aux éléments musculaires et aux aponévroses qui doivent être le siège d'une dégénérescence graisseuse provoquant une perte d'élasticité et de solidité.

L'amaigrissement extrême.—Il a son importance. Chez les cachectiques, le muscle et les aponévroses sont atones, manquant de plasticité, se déchirant au point de suture qui effiloche les fibres musculaires, n'offrant aucune prise au calgut qui serre. De plus, le travail intime de cicatrisation des plaies, représenté par l'organisation fibreuse du caillot, se fait mal par insuffisance des éléments fibroplastiques néoformés. La cicatrice ainsi élaborée se trouve à la merci du moindre effort, et souvent chez ces malades la désunion se produit spontanément à l'ablation des fils, comme si la cicatrisation n'était même pas commencée.

La distension de la paroi.— Les grossesses multiples, les volumineuses tumeurs abdominales (kystes ovariens), les ascites abondantes provoquent une dissociation des éléments musculo-aponévrotiques qui affaiblissent naturellement leur résistance. Cette cause est évidente et nous n'y insistons pas.

II. Causes prédisposantes inhérentes à l'opération

Ce sont les véritables causes de l'éventration. Leur rôle est considérable et dans presque tous les cas, semble-t-il, elles peuvent être incriminées. En les écartant il est possible d'opérer les malades obèses, maigres et les parois distendues, par leur présence elles doivent faire redouter l'éventration dans les parois les plus solides.

Il est classique de regarder la longueur de l'incision comme facteur de moindre résistance de la suture. Si nous la citons, c'est pour l'éliminer. Avec les méthodes actuelles de réfection soignée de la paroi on ne doit plus craindre aujourd'hui ces longues incisions xiphoïdopubiennes utiles pour les volumineuses tumeurs abdominales et dont la chirurgie large d'aujourd'hui ne saurait se passer.

Mais il est quatre facteurs principaux à l'origine de la presque totalité des éventrations chez les laparotomisés :

1° *L'interposition* : soit de sang (hématome) ; soit de pus ; soit de corps étranger (drainage Mickulicz).

2° *Le catgut*.

3° *Le défaut d'affrontement et la suture en masse*.

1° *L'interposition*.

C'est une règle générale à la cicatrisation de tous les tissus, que les surfaces à coapter doivent être en contact large et immédiat. C'est par une interposition que le cal ne se consolide pas et crée une pseudarthrose, c'est par

le même mécanisme que les sutures pariétales aboutissent à l'éventration.

Les interpositions de toute nature aboutiront à ce résultat, mais les plus fréquentes sont au nombre de trois :

a) *L'hématome.* — Si la cicatrisation suppose une extravasation sanguine qui par son organisation fibreuse donnera une cicatrice, il faut que ce caillot soit de très faible épaisseur pour que les éléments fibroplastiques, « éléments véritablement formateurs de la cicatrice », aient une prise directe sur les surfaces de coaptation et que le matériel globulaire mort destiné à la résorption soit très réduit. Si par un défaut d'hémostase un abondant caillot se forme entre les lèvres musculo-aponévrotiques, il sera dans la suite repris par la phagocytose et laissera à sa place un espace vide et large, que les efforts de poussée abdominale tendront à élargir de plus en plus. Il se créera ainsi une amorce d'éventration avant que l'organisation fibreuse, d'autant plus longue que le caillot était abondant, soit venue combler le vide. Le même résultat est obtenu après l'évacuation spontanée ou provoquée de ce caillot, même s'il est resté jusqu'à la fin aseptique. En clinique, ces faits sont d'observation courante : après une laparotomie la ligne de suture se tend, devient fluctuante, sans toutefois être le siège de phénomènes inflammatoires. Soit à l'ablation des fils, soit avant, on ponctionne au point déclive avec l'extrémité de la sonde cannelée et on donne issue à un liquide filant, séro-sanguinolent. Il est facile de se rendre compte avec quelle facilité on peut désunir la suture, et après évacuation on perçoit très bien par-dessus la peau une solution de continuité entre les deux droits. La

cicatrisation est retardée, les deux surfaces à cicatriser sont écartées : que le malade pousse sur la suture et l'éventration est amorcée. L'hématome est une grande cause des éventrations post-opératoires.

b) L'infection. — Elle amoindrit considérablement la résistance de la paroi. Elle agit de plusieurs façons : en interposant entre les lèvres musculo-aponévrotiques un espace mort et purulent, en détruisant rapidement le catgut qui unit les droits, en provoquant du sphacèle des tissus qui compromet leur solidarité. Mais elle atteint dans son intimité le travail de cicatrisation, frappe les éléments actifs de ce phénomène physiologique, et substitue une cicatrisation par seconde intention à une cicatrisation *per primam*. On incrimine généralement le catgut insuffisamment stérilisé. Il est certain qu'à la suite d'un abcès ou d'un phlegmon de la suture on voit fréquemment des fragments de catgut s'éliminer avec le pus. Le catgut est-il aussi souvent coupable qu'on le croit en général ? Les sutures à points perdus et en particulier les fils résorbables sont une proie facile à l'infection, et dans bien des cas c'est plutôt une faute d'asepsie qu'il faut incriminer, l'infection n'a pas été apportée par le catgut, mais le travail d'élimination porte d'abord sur ce matériel mort et c'est lui qui apparaît toujours dans le pus.

Il en est de même des hématomes. On sait avec quelle facilité s'infectent les hématomes pariétaux. Ils représentent au sein des tissus un milieu de culture idéal pour les agents microbiens, qui s'abattent sur eux comme sur le catgut avec une très grande facilité. Un hématome trouvé aseptique dans une suture de laparotomie au moment de l'ablation des fils est une preuve

de l'asepsie pure dans laquelle a été conduite l'intervention.

A la suite d'une suppuration de la ligne de suture la mise à plat du foyer est nécessaire, et le résultat est la cicatrisation par seconde intention qui formera une cicatrice fibreuse large, d'inégale solidité, à endroits lâches, et endroits rétractés, sur laquelle la poussée intestinale exercera une pression continue et qu'elle distendra.

Les éventrations dues à une suppuration prolongée sont des éventrations tardives progressives sous-cutanées. Elles ne donnent pas en général l'éventration brusque et totale, l'éventration aiguë de certains auteurs.

c) *Drainage*. — L'interposition d'un drain ou de mèche crée naturellement une surface de moindre résistance dans la cicatrice et un orifice qui sera comblé par granulation secondaire. Mais les drains employés dans les laparotomies pour drainer un Douglas ou une poche kystique laissent après eux un orifice trop petit pour qu'il puisse compromettre la solidité de la suture, et ils rendent trop de services pour qu'on ne songe à en restreindre l'emploi. Il n'en est pas de même de ces pansements à la gaze bourrée, dans un trajet, et surtout des Mickulicz qui représentent une surface d'interposition relativement grande, dont l'ablation nécessite des tractions parfois énergiques sur les lèvres de l'incision. Le Mickulicz est véritablement un danger pour la paroi. D'ailleurs son emploi semble bien limité aujourd'hui.

2° Le catgut.

Si le catgut est parfois en cause dans les éventrations précoces et totales, il a été l'objet d'une véritable campagne excessive, à tel point que certains auteurs, et Picqué en particulier; ont voulu le proscrire: « La plupart des éventrations post-opératoires seraient évitées si l'on rejetait systématiquement l'emploi du catgut pour les sutures. » Ces affirmations sont injustifiées.

Il est des cas où le catgut se résorbe trop rapidement et des cas où il est cassant. C'est ainsi qu'il faut expliquer ces cas d'éventration totale, le jour même de l'ablation des fils cutanés, provoquant une véritable éviscération dans le pansement. Ces cas, pour si rares qu'ils soient, existent et doivent être mis sur le compte du procédé de dégraissage et de stérilisation défectueux. Mais ils ne suffisent pas pour renoncer à l'emploi du catgut. Avec des catguts pas trop vieux ou macérés on est à l'abri de ces ennuis. Avec les procédés actuels de préparation du catgut, on l'emploie dans la presque totalité des services de chirurgie et cet usage systématique suffit à le réhabiliter.

3° Le défaut d'affrontement et la suture en masse.

Beaucoup d'éventrations sont la conséquence d'un défaut de technique et il est incontestable que le manque d'affrontement des étages de la paroi et en particulier celui qui nécessairement résulte de la suture en masse fait courir au malade de plus grandes chances d'éventration. Malgré les expériences de Delbet sur les

sujets congelés, montrant que les divers plans des lèvres de la plaie sont partout en contact après une suture en masse, bon nombre de chirurgiens pratiquent et recommandent la suture à étage. Le seul avantage de la suture en masse est sa rapidité. Mais pourquoi exposer le malade aux risques d'une éventration alors qu'avec les méthodes d'anesthésie actuelles on peut prolonger sans danger de quelques minutes l'intervention pour parfaire la réfection de la paroi. Aussi pensons-nous, avec la majorité des opérateurs, que la suture en masse doit être abandonnée et que la seule et bien rare indication se trouve dans la nécessité de terminer rapidement l'intervention.

III. Cause déterminante. L'effort

La véritable cause déterminante est l'effort sous toutes ses formes. Il est inutile d'insister pour faire comprendre comment une paroi qui a à supporter une forte pression présente un point faible au niveau de la ligne de suture et que le danger est d'autant moins à redouter qu'on s'éloigne de l'intervention.

L'effort sous toutes ses formes est la cause commune. Ce sont les vomissements dus au chloroforme et à l'éther, et il suffit d'avoir suivi des laparotomisés rachianesthésiés pour se rendre compte combien ce mode d'anesthésie est supérieur à ce point de vue aux anesthésies par inhalation. Les deux premières journées à la suite de ces deux sortes d'anesthésies n'ont rien de comparable.

Les cris, l'agitation, le délire agissent dans le même sens.

La toux du 3^e ou 4^e jour chez les opérés qui font des complications pulmonaires après l'éther est à redouter.

Il faut tenir compte aussi de l'indocilité et du défaut de surveillance des malades. Sous l'influence d'une agitation extrême ou sous le simple prétexte d'aller à la selle il est des malades qui se lèvent les jours qui suivent l'opération et qui fournissent un grand contingent aux éviscérations précoces ou tardives. Aussi le lever précoce des opérés, en honneur depuis quelques années dans quelques services, représente à nos yeux une imprudente mesure dont les dangers qu'elle comporte sont loin de compenser les quelques avantages signalés par leurs auteurs.

Enfin nous devons signaler le rôle de l'ablation prématurée des fils qui peut conditionner le degré de l'éviscération et en modifier son pronostic. Il est évident que la suture cutanée aux crins ou aux agrafes offre peu de résistance à la poussée abdominale. Mais il semble que dans beaucoup de cas la peau n'ait pas cédé, et que l'éviscération soit restée sous-cutanée grâce à la persistance des fils. D'ailleurs on connaît bien les éviscérations qui se produisent le soir de l'ablation des points cutanés, et on sait que les fils stériles protégés par un pansement propre ne déchirent pas la peau et peuvent être tolérés pendant 12 ou 15 jours et plus. Le pronostic dans les deux cas est si différent que l'ablation tardive des crins de Florence est devenue une règle dans beaucoup de services chirurgicaux.

SA PROPHYLAXIE

Nous avons insisté avec intention sur les différentes causes de l'éventration post-opératoire parce que leur connaissance exacte permet dans une grande mesure d'éviter cette pénible complication. Il existe en effet une véritable prophylaxie de l'éventration. Cette prophylaxie se résume en quelques mots : apporter tous ses soins à l'incision de la paroi pour pratiquer en fin d'opération une suture qui offre toute garantie de solidité. Ce sont ces quelques règles que nous allons essayer de résumer.

M. le professeur Forgue a l'habitude de dire qu'en incisant la paroi il faut penser à la suture, et certainement une incision de laparotomie médiane par exemple ne doit pas être faite d'un coup de bistouri jusqu'au péritoine.

Après l'incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, il convient de découvrir largement l'aponévrose des droits de chaque côté de la ligne blanche, surtout chez les malades gras. Ceci permettra de suturer plus largement les plans musculaires et aponévrotiques. Si l'incision est sus et sous-ombilicale, on contourne l'ombilic qui peut être septique et dont la section fournirait

deux parties fibreuses dans la ligne de suture impropres à une bonne coaptation.

On ouvre ensuite la gaine du droit d'un côté par une incision paramédiane, on met le muscle à nu sur une petite surface et on procède de même pour le droit opposé. Ainsi la ligne blanche se trouve isolée par les deux incisions et on la résèque sur la plus grande partie de sa hauteur.

Comme le font remarquer Forgue et Massabuau, « l'écartement des droits ainsi provoqué met à nu largement l'interstice cellulaire médian qu'on peut avoir quelque peine à trouver si on ne suit pas cette technique ».

Il convient de faire à ce moment une hémostase soignée. Les dangers d'une hématome secondaire fortifient amplement cette précaution, tout petit vaisseau qui saigne dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans les muscles doit être pincé et lié.

Après quoi la couche cellulaire sous-péritonéale et le péritoine sont saisis entre deux pinces et incisés. On prolonge l'incision en haut et en bas.

Tous ces détails paraissent à la lecture devoir prolonger inutilement l'intervention : lorsqu'ils sont passés dans la pratique courante de l'opérateur, ils s'effectuent très rapidement. Ils ne sont point inutiles, la suture est ainsi bien préparée ; elle est plus rapidement faite et gagnera en solidité.

En fin d'opération, en effet, le péritoine repéré par quelques pinces est suturé par un surjet de catgut fin. Pour réunir les muscles et leurs aponévroses, il est préférable d'user de points séparés de catgut fort. Il faut éliminer le surjet sur les droits. La solidarité de tous les points surjetés compromet la totalité de la suture

si pour une cause quelconque un seul endroit du surjet vient à céder. On charge donc avec l'aiguille l'aponévrose antérieure du droit assez loin de la ligne médiane, une bonne tranche de muscle et le feuillet aponévrotique postérieur, et on serre le catgut par trois nœuds. Des points séparés sont ainsi jetés sur toute la hauteur de la suture et, si leur interstice est jugé trop lâche, on peut compléter par un surjet dont les points passent entre deux points séparés.

Enfin la ligne d'incision cutanée est suturée aux crins de Florence.

On saisit les avantages de cette méthode sur la suture en masse. Elle réunit et affronte bien trois étages par des sutures indépendantes et si elle est bien faite ne laisse en aucun endroit d'espaces morts.

Certains chirurgiens, se montrant méfiants à l'endroit du catgut, croient devoir soutenir cette suture par des fils non résorbables (soie ou fils métalliques) jetés en masse sur la suture et noués sur la peau. Nous croyons cette pratique inutile, et, à condition de rejeter le catgut trop macéré, on peut ainsi refaire des parois à toute épreuve, qui peuvent supporter non seulement dans la suite des efforts répétés et violents mais des grossesses nombreuses.

Nous croyons inutile d'ajouter qu'il faut respecter les principes de l'asepsie autant pour la paroi que pour la cavité péritonéale. D'ailleurs certains auteurs vont jusqu'à dire qu'une paroi grasse est plus sensible à l'ino-culation qu'un péritoine. Aussi, sous le prétexte d'aller vite, ne faut-il pas considérer l'opération comme terminée après la suture du péritoine.

Au cours du pansement, pour faciliter la compression et éviter les épanchements sanguins, une pratique à

recommander est de tasser sur les gazes, tout le long de la ligne de suture, de petits tampons de coton humides, sur lesquels s'exercera facilement la pression du bandage de corps. Cette manœuvre est employée avec beaucoup d'avantages dans le service du professeur Forgue.

Enfin la surveillance de l'opéré lui évitera tout effort violent et les crins de Florence seront laissés en place jusqu'au quatorzième ou quinzième jour. Si le pansement qui les protège est maintenu antiseptique ils ne doivent pas infecter la peau ni la déchirer.

Cette technique, que nous avons exposée avec détails, constitue véritablement la prophylaxie de l'éventration post-opératoire. C'est celle qui est employée journellement dans le service du professeur Forgue et qui a donné les meilleurs résultats.

CURE RADICALE DE L'ÉVENTRATION MÉDIANE POST-OPÉATOIRE

(Technique adoptée par M. le professeur Forgue)

L'éventration produite constitue une telle infirmité, non exempte d'ailleurs de dangers, qu'il convient de l'opérer.

Nous laissons volontairement de côté la cure de l'éviscération post-opératoire, l'éventration aiguë de quelques auteurs, qui revêt les caractères d'une opération d'urgence, pour ne nous occuper que l'éventration sous-cutanée.

La technique que nous allons décrire est celle que nous avons vu suivre par le professeur Forgue et qui lui a permis d'opérer de volumineuses éventrations dans lesquelles les masses herniées paraissaient avoir « perdu droit de domicile ».

Le champ opératoire étant fait de la veille, on opère autant que possible sous anesthésie rachidienne pour obtenir le « silence abdominal » qui facilite tant les

laparotomies et qui est très utile pour réduire le contenu de l'éventration.

1^{er} temps. — Avec deux fortes pinces à abaissement on saisit les deux extrémités de la cicatrice, on les confie à un aide qui doit « *tirer fortement au plafond* ». Ce temps est indispensable pour bien fixer la masse qui est mobile. De plus, les tissus ainsi tendus sont plus facilement et prudemment incisés. Enfin cette manœuvre facilite beaucoup l'incision elliptique du second temps.

2^e temps. — On pratique sur la peau une incision elliptique circonscrivant dans la mesure du possible, non seulement la cicatrice, mais encore les parties cutanées blanchâtres à peau amincie et étirée qui se trouvent souvent autour d'elle. Nous disons dans la mesure du possible, car il convient de tenir compte de la réunion ultérieure et de pouvoir toujours rapprocher la peau. Cette incision faite, saisissant une des pinces à abaissement qui fixaient les extrémités de la suture, on excise d'une extrémité à l'autre la cicatrice et les tissus environnants. Réparage et bordage de la peau avec des compresses.

3^e temps. — Soulevant les lèvres cutanées par les pinces-repères, on découvre au bistouri l'aponévrose du grand oblique au delà des droits. Cette découverte large des aponévroses est importante.

4^e temps. — Le péritoine saisi entre deux pinces est incisé en dehors du sac. Cette incision prudente sera faite d'abord du côté de l'opérateur, elle sera courbe, de

façon à circonscrire autant que possible la base du sac. On repère le péritoine par des pinces. Soulevant le sac, on détruit à la main ou aux ciseaux après ligatures les adhérences épiploïques et intestinales et on réduit les masses herniées. On incise ensuite le péritoine, du côté de l'aide, d'une incision symétrique à la première, de façon à circonscrire le sac et le tissu fibreux médian qui de ce fait sont supprimés.

5^e temps.— Protégeant l'intestin par une grande compresse, on suture le péritoine par un surjet de catgut fin.

6^e temps. — Après avoir recherché la gaine des droits de chaque côté, on l'ouvre au bistouri sur toute sa hauteur et on découvre le muscle assez largement.

7^e temps. — On suture les droits et leur aponévrose par des points séparés au catgut fort. On charge le feuillet aponévrotique antérieur, le muscle pris largement, le feuillet aponévrotique postérieur. Ceci fait de chaque côté, on affronte le plan musculo-aponévrotique sur trois plans étagés et on serre le catgut par trois nœuds. Enfin pour plus de sécurité on peut jeter un surjet de soutien sur cette ligne de suture.

8^e temps. — Suture de la peau aux crins.

On finit par un pansement compressif avec tamponnement comme nous l'avons indiqué dans le chapitre précédent.

Cette méthode, dont la technique est bien réglée, convient dans la majorité des cas d'éventration, et nous

avons vu dans le service du professeur Forgue de grosses masses herniées réduites et contenues par cette technique sans qu'il soit nécessaire d'user de procédés myoplastique (entrecroisement des droits) ou de greffes aponévrotiques ou caoutchoutées (Ducuing) dont la valeur est encore bien discutée.

CONCLUSIONS

I. — L'éventration post-opératoire a des causes nombreuses mais d'inégale valeur.

Les causes prédisposantes principales sont :

1° L'interposition de toute nature entre les lèvres de chaque plan (hématome, infection, drainage large, défaut d'affrontement) ;

2° Le catgut septique ou trop rapidement résorbé ;

3° L'indocilité des malades.

La cause déterminante réside dans l'effort sous toutes ses formes.

II. — Le catgut, injustement attaqué depuis quelques années, reste, lorsqu'il est convenablement préparé, le meilleur agent qui permette de refaire une paroi en détail et avec soin.

III. — La meilleure prophylaxie de l'éventration est d'apporter à la réfection de la paroi les mêmes soins qu'aux autres temps de l'intervention : soigner l'hémostase, respecter l'asepsie, ouvrir la gaine des droits, réséquer la ligne blanche et suturer sur trois plans éta-

gés en affrontant soigneusement sont les principales règles d'une bonne suture médiane de paroi abdominale.

IV. — La cure radicale de l'éventration post-opératoire est aujourd'hui bien réglée et il est possible d'opérer efficacement de très grosses éventrations en suivant la technique que nous exposons dans ses détails et dont les principales caractéristiques sont : la découverte large des aponévroses, la résection de la cicatrice et du sac, l'ouverture de la gaine des droits et la suture plan par plan par des points multiples au catgut.

BIBLIOGRAPHIE

- LABBÉ. — De l'éventration (Thèse Paris, 1907, n° 342). (Avec indications bibliographiques antérieures à 1900).
- CESTAN. — Quatre cas d'éviscération post-opératoire spontanées (Toulouse médical, 1^{er} novembre 1900, n° 21).
- CHENU. — Contribution à l'étude de la cure chirurgicale des éventrations post-opératoires (Thèse Lyon, 1913, n° 91).
- DARTIGUES. — Cure radicale d'une éventration consécutive à une opération de fibrome (Revue de gynécologie, 10 août 1900).
- DENUCÉ. — Du rôle de l'insuffisance musculaire dans l'éventration post-opératoire (Paris, 1902, n° 569).
- FAURE. — Sur un nouveau procédé pour la cure de l'éventration (Bulletin de la Société de chirurgie, 1902).
- FORGUE et MASSABUAU. — Traité de gynécologie (*In* Collection Le Dentu et Delbet, 1916).
- JEANNEL. — Des ligatures et des sutures métalliques perdues (Archives provinc. de chir., juillet 1904).
- LEBRUN. — Pathogénie et traitement des éventrations post-opératoires (Thèse Paris, 1904-1905).
- LIÉNARD. — De l'éventration médiane post-opératoire et de son traitement chirurgical (Thèse Lille, 1904).
- MAUCLAIRE. — Congrès d'obst. et de gynéc. à Rouen, avril 1904 (Bulletin médical, avril 1904).
- RENAUDIÈRE de VAUX. — Eventration par atrophie musculaire (Thèse Paris, 1900).

SAPIEGKO. — Revue de chirurgie, février 1900.

SAVARIAUD. — Congrès de chirurgie, 1900.

STÉPHANT. — Complications des éventrations post-opératoires
(Thèse Bordeaux, 1906, n° 115).

TOURNEMELLES. — Eventration post-opératoire (Thèse Paris, 1900,
n° 242).

Chirurgie réparatrice et orthopédique, 1920.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 27 janvier 1921.

Le Recteur,
Jules COULET.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 26 janvier 1921.

Le Doyen,
E. DERRIEN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
